

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск: ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

ИНФЕКЦИЯ

ДЕМОДЕКС-ФОЛЛИКУЛИТ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ

Адаскевич В.П.* , Козин В.М.* , Лисица Ю.О.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», *

УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер» **

Актуальность. Демодекс-фолликулит (син.: демодекоз, питириазис фолликулорум, демодикозный фолликулит, демодекозный дерматит, розацепаподобный демодекоз, пустулезный фолликулит) – поражение кожи, вызываемое клещами рода *Demodex*. Демодекоз является хроническим заболеванием преимущественно кожи лица. В общей структуре заболеваний кожи демодекоз составляет 2,9%, а в структуре акнеформных дерматозов – 10, 5% [2]. Заболевание распространено во всех странах и носит внесезонный характер. По данным ЦНИКВИ, носительство паразита обнаружено у 89% больных, по данным других авторов, носительство у здоровых лиц в разные возрастные периоды составляет от 19,3 до 61,2% [2]. В возрасте 30–44 лет демодекоз выявляется у 42,6% обследуемых. При этом средний возраст женщин составляет $44,5 \pm 2$, а мужчин – $38,3 \pm 5,4$ года. [2]. На человеке паразитируют два вида клещей: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*. Эти клещи являются постоянными, облигатными паразитами человека. Впервые *D. folliculorum* был описан С. Simon в 1842г., а *D. brevis* – в 1963 г. Л.Х. Акбулатовой. *D. folliculorum* обитает преимущественно в волосяных фолликулах, а *D. brevis* – в сальных железах кожного покрова [1]. Перед поглощением пищи клещ выделяет секрет слюнных желез, обладающих не только ферментативной, но и антигенной активностью, что может приводить к развитию аллергических реакций. Оба вида клещей обитают, главным образом, в коже лицевой части головы, на подбородке, веках [3].

Клещ может сохранять жизнеспособность и вне хозяина при постоянной влажности и комнатной температуре в темноте до 9 суток. Оптимальной температурой для его развития является 30–40 °С; при температуре 14 °С клещи находятся в состоянии оцепенения, а при 52 °С быстро погибают. В воде насекомые сохраняются до 25 дней, в сухом воздухе погибают через 1,5 дня. Самыми благоприятными питательными средами для демодекса являются растительное масло, жир, вазелин [4].

Заболевание, как правило, возникает исподволь, проявляет тенденцию к прогрессированию и распространению. На коже вокруг устьев волосяных фолликулов появляются на фоне эритемы папулы и пустулы, наблюдается отрубевидное шелушение. При локализации в области лица элементы напоминают розовые угри. Наблюдается выпадение волос в области поражения. Возможны глазные проявления заболевания (блефароконъюнктивит, эписклерит,

кератит, серозный ирит) [2]. Объективные проявления демодекоза сопровождаются ощущением зуда, жжения, незначительной болезненностью в области высыпаний, стягиванием кожи, уменьшением ее эластичности и мягкости [4].

D. folliculorum может быть обнаружен методом соскоба с поверхности поврежденной кожи, методом выдавливания и микроскопии содержимого сальных желез, применением кожной биопсии с последующим гистологическим препарированием, путем эпиляции ресниц и микроскопии волосяного фолликула при блефарите. Наиболее простым и эффективным методом является поверхностная биопсия. Для ее проведения на обезжиренное покровное стекло наносят каплю специального клея, а затем приклеивают стекло к пораженной области кожного покрова на 1 мин. Клей подсыхает и при снятии стекла на нем остается поверхностный слой эпидермиса, содержащее сальные желез. Этим методом возможно выполнить пересчет количества клещей на 1 см² кожи. Обсемененность клещом считается высокой при обнаружении более 5 особей в 1 см² исследуемого участка кожи [1].

Целью настоящей работы явилось изучение клинических проявлений и особенностей течения фолликулярного демодекоза, проведение дифференциальной диагностики со схожими заболеваниями.

Материал и методы. Под нашим наблюдением на базе кожного отделения дерматологического диспансера г. Витебска в течение последних 8 лет находилось 44 пациента (15 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 16 до 74 лет с диагнозом демодекс-фолликулит. Для исследования подбирались пациенты с длительностью заболевания более 3х месяцев и с локализацией высыпаний на лице, у которых был обнаружен *Demodex folliculorum* (более 5 особей в 1 см²). Тщательно оценивалась клиническая картина и проводилась дифференциальная диагностика с периоральным дерматитом, розацеа, вульгарными угрями, себорейным дерматитом, мелкоузелковым саркоидозом, розацепаподобным туберкулидом Левандовского. Отмечались сопутствующие заболевания.

Результаты и обсуждение. У всех 44 пациентов диагноз был подтвержден лабораторно (*Demodex folliculorum* в количестве более 5 особей в 1 см²). Чаше заболевание выявлялось у женщин (66%). Возрастная группа свыше 30 лет (70 %) преобладала в структуре заболевания. Средний возраст пациентов составил 39,7 лет. Большинство пациентов (91%) отметили неожиданное начало заболевания. Из всех обследо-

мых, 77% пациентов ранее получали лечение по поводу себорейного дерматита, розацеа, периорального дерматита без значительного клинического эффекта. Пациенты предъявляли жалобы на кожный зуд или жжение, усиливающиеся после мытья, незначительную болезненность в области высыпаний, стягивание кожи, уменьшение ее эластичности. Локализация патологических высыпаний у обследованных: лиц щеки, нос, брови, края век и веки, ресницы. Высыпания были представлены в виде асимметричных (75%) эритематозных пятен, папул и пустул, иногда сливающихся в болезненные инфильтраты или абсцедирующие элементы.

В зависимости от преобладания в клинической картине морфологических элементов, у пациентов были выделены следующие клинические формы демодекс-фолликулита: малосимптомная (2%), эритематозно-сквамозная (2%), акнеформная (9%), розацеаподобная (23%), папулопустулезная (28 %), комбинированная (36 %). В 7 % случаев наблюдалось поражение век и ресниц. Волосистая часть головы, область декольте, спины, шеи была свободна от патологических высыпаний. Стадийности заболевания выявлено не было. У 41 % пациентов были отмечены другие кожные заболевания, такие как себорейный дерматит (38 %), отрубевидный лишай, вульгарные угри, себорейный кератоз, простой герпес, атопический дерматит, микоз стоп. Из сопутствующих заболеваний преобладали (11%) заболевания желудочно-кишечного тракта, реже отмечены поликистоз яичников, обструктивный бронхит, аллергический ринит, аутоиммунный тиреоидит.

Выводы.

1. Демодекс-фолликулит может протекать под маской периорального дерматита, розацеа, часто сочетается с себорейным дерматитом, в результате чего диагноз демодекс-фолликулита устанавливается не всегда своевременно.

2. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при неожиданном начале заболевания на лице в виде асимметрично расположенных эритематозных пятен, папул, пустул, с поражением век, ресниц и отсутствием высыпаний на других участках кожного покрова, необходимо проводить обследование пациента на *Demodex folliculorum*.

Литература:

1. Адашкевич, В.П. Периоральный дерматит и розацеа: некоторые вопросы диагностики и новые подходы в лечении / В.П. Адашкевич, В.В. Козловская // ARS MEDICA: дерматовенерология и косметология. – 2008. - №5 (6). – С. 144 – 147.

2. Сюч, Н.И. Паразитарные болезни кожи. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика // Consilium medicum. – 2004. - Т.6, №3. – С. 191-194.

3. Самцов, А.В. Демодикозный фолликулит / А.В.Самцов, И.Э. Белоусова, О.В. Латий // Клиническая дерматология и венерология: научно-практический журнал. – 2005. - № 2. – С. 20 -21.

4. Елистратова, Л.Л. Современное состояние проблемы демодекоза / Л.Л. Елистратова, Н.И. Потатуркина-Нестерова, А.С. Нестеров // Фундаментальные исследования. – 2011. - № 9 – С. 67 – 69.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ РОЗОВОГО ЛИШАЯ

Адашкевич В.П^{*}, Пушкарская И.А.^{}**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» *

УЗ «Витебский областной кожно-венерологический диспансер» **

Актуальность. Розовый лишай представляет собой вирусную экзантему, ассоциированную с реактивацией герпесвируса человека 7 типа и иногда герпесвируса 6 типа.

Термин розовый лишай или Pityriasis rosea впервые применил Жибер в 1860 году для обозначения шелушения розового цвета. Розовый лишай – распространенное острое кожное заболевание с саморазрешающимися высыпаниями, которые в типичных случаях начинаются как одиночная, тонкая, овальной формы шелушащаяся бляшка на туловище («материнская бляшка»), в типичных случаях бессимптомная. За первоначальным очагом, через несколько дней или недель, появляются многочисленные, похожие, но меньших размеров, высыпания, расположенные вдоль кожных линий туловища (так называемый признак рождественской елки) [1].

Первичная бляшка розового лишая или материнская бляшка наблюдается в 50-90% случаев. Бляшки обычно четко очерчены; имеют от 2 до 4 см в диаметре, овальную или округлую форму и «лососевый» (розовый) цвет, иногда высыпания эритематозные или гиперпигментированные (особенно у пациентов с темной кожей), кроме того, наблюдается воротничок мелких чешуек по направлению к периферии бляшки. Когда бляшка раздражена могут наблюдаться экзематозные папуло-везикулезные проявления. Первичная бляшка обычно располагается на туловище в местах, покрытых одеждой, однако иногда может быть на шее или проксимальных участках конечностей. Редкой является локализация на лице или половом члене. Место расположения первичной бляшки у мужчин и женщин не отличается [1].

Интервал между появлением первичной бляш-